様式第４（第４条関係）

|  |
| --- |
| 誓　　　　　約　　　　　書  年　　月　　日  　愛知県知事　殿  本　人　決定番号  住　　所  氏　　名  年　　月　　日生  保証人　住　　所  氏　　名  名称及び  代表者氏名  保証人　住　　所  氏　　名  名称及び  代表者氏名  　私は、修学資金の貸与を受けるにつきましては、愛知県地域医療確保修学資金貸与条例及び同条例施行規則を守り、医師免許取得後、直ちに県内において臨床研修を開始し、かつ、２年で当該臨床研修を修了し、当該臨床研修修了後、直ちに指定医療機関に勤務し、かつ、引き続き指定医療機関において診療業務に従事することを誓います。  　また、愛知県地域医療確保修学資金貸与条例第３条第２項の規定により、修学資金の貸与額への加算を受けた場合には、医師免許取得後、直ちに県内において臨床研修を開始し、かつ、２年で当該臨床研修を修了し、当該臨床研修修了後、直ちに指定医療機関に勤務し、かつ、引き続き指定医療機関において小児科又は産婦人科の診療業務に従事することを誓います。  　なお、愛知県地域医療確保修学資金貸与条例の規定により、修学資金の返還の債務が生じたときは、返還期限までに確実に返還します。  　保証人は、それぞれ返還の債務を本人と連帯して負担します。 |

　備考　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

　　　　２　修学資金の貸与の決定を受けた者が未成年者であるときは、保証人のうち１人は、法定代理人とすること。

　　　　３　保証人のうち、１人は、県内に住所を有し、かつ、独立の生計を営む者とすること。